

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (ATCARPEDT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Cardiologia

1

Homem de 25 anos apresenta quadro de dor torácica de intensidade 9+/10+ tipo rasgando o peito, indo para o dorso, sendo de intensidade máxima no seu início. Apresentava no exame físico um palato arqueado, envergadura maior que altura e um sopro diastólico decrescente no segundo espaço intercostal esquerdo de 2+/6+. O ECG apresentava ritmo sinusal normal.

A etiologia da dor precordial relatada está associada a:

- (A) dissecção aórtica;
- (B) pericardite aguda;
- (C) embolia pulmonar;
- (D) aneurisma do seio de Valsava;
- (E) infarto sem supradesnivelamento do segmento ST.

2

Mulher com 60 anos, diabética, hipertensa e portadora de hipercolesterolemia, abandonou seu tratamento farmacológico durante a pandemia do covid-19. Apresentou quadro súbito de perda de visão do olho esquerdo e disartria; o quadro durou 15 minutos e foi associado a forte palpitação. Na admissão no setor de emergência, apresentava pressão arterial de 158 x 98 mmHg e pulso radial de 120 bpm, irregular. Na ausculta cardíaca, ritmo cardíaco estava irregular, com frequência cardíaca de 140 bpm e ausência de sopros. No ECG, ritmo irregular – 140 bpm, ausência de onda P e com QRS de voltagens variáveis e eixo e duração normais. Repolarização estava normal. A tomografia computadorizada do cérebro foi sem anormalidades.

Em relação ao quadro de acidente vascular cerebral isquêmico transitório, a possível etiologia está associada a:

- (A) vasculopatia;
- (B) fibrilação atrial;
- (C) diabetes melito;
- (D) flutter ventricular;
- (E) encefalopatia hipertensiva.

3

Um homem de 23 anos foi admitido na ambulância do SAMU após quadro de parada cardíaca durante uma corrida de uma maratona. O paciente esteve gripado uma semana antes da corrida. Foi atendido em fibrilação ventricular e cardiovertido com sucesso. No ECG, ritmo sinusal normal. No ecocardiograma (POCUS), disfunção global grave do ventrículo esquerdo.

A principal hipótese diagnóstica foi de:

- (A) miocardite;
- (B) síndrome de Brugada;
- (C) miocardiopatia restritiva;
- (D) miocardiopatia hipertrófica;
- (E) miocardiopatia não compactada do ventrículo esquerdo.

4

Mulher de 42 anos com queixa de dor torácica e síncope aos esforços. Exame físico: paciente obesa com pressão arterial 120 x 80 mmHg, pulso arterial 70 bpm, com morfologia digitiforme. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular com 3 tempos, bulha protodiastólica e sopro de 3+/6+, na borda esternal esquerda, que aumentava na posição ortostática e reduzia quando acocorada.

Os achados clínicos são compatíveis com a seguinte enfermidade cardiovascular:

- (A) prolapso valvar mitral;
- (B) estenose valvar pulmonar;
- (C) estenose supravalvar aórtica;
- (D) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva;
- (E) endomiocardiofibrose biventricular.

5

Paciente de 72 anos admitida na unidade cardiointensiva com dor torácica súbita durante o velório do filho e com ECG mostrando supradesnivelamento do segmento ST, nas derivações V1 até V6, de 4 mm e intervalo QT prolongado. Foi realizada coronariografia, sem evidência de lesões obstrutivas. As dosagens da troponina T e do peptídeo natriurético cerebral estavam elevadas. Foi também realizada ressonância cardíaca, sem achados de edema miocárdio ou realce tardio (estudo com gadolínio) e acinesia da região do ápice do ventrículo esquerdo.

A equipe multidisciplinar cardiovascular esteve reunida e definiu como diagnóstico mais provável:

- (A) perimiocardite;
- (B) miocardite aguda;
- (C) miocardiopatia adrenérgica;
- (D) infarto do miocárdio embólico;
- (E) miocardiopatia hipertrófica apical.

6

Um homem de 75 anos foi encaminhado a atendimento especializado pelo médico de família com história de falta de ar aos pequenos esforços e inchaço nas pernas. Portador de DPOC e hipertensão arterial, usava verapamil e enalapril, porém, no momento, ficou hipotenso, tendo que suspender os medicamentos. Exame físico: pressão venosa elevada a 45 graus e pressão arterial 90 X 70 mmHg. Ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas. Ausculta respiratória: estertores finos bibasais. ECG: ritmo sinusal. Eixo do QRS: 30 graus e com amplitude de 4 mm no plano frontal e de 7 mm no plano horizontal. Presença de área inativa V1 até V4. Repolarização ventricular normal. Ecocardiograma: hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e fração de ejeção global e segmentar normais. BNP elevado. Creatinina plasmática: 1,1 mg%; glicose: 100 mg%.

O cardiologista confirmou o diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e suspeitou corretamente da seguinte etiologia:

- (A) doença de Fabry;
- (B) hemocromatose;
- (C) doença coronária;
- (D) amiloidose cardíaca;
- (E) pericardite constrictiva.

7

Mulher de 60 anos, hipertensa, obesa e diabética, com diagnóstico de câncer da mama e indicação de quimioterapia com doxorubicina (antraciclínico).

A monitoração cardiovascular, para identificar possível cardiotoxicidade, deverá ser direcionada para:

- (A) fisiologia coronária;
- (B) fisiologia pericárdica;
- (C) função valvar mitral e/ou aórtica;
- (D) dispersão da repolarização ventricular;
- (E) função sistólica ventricular esquerda.

8

Uma mulher de 22 anos procurou o reumatologista com quadro articular e recebeu diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, estando em tratamento com hidroxiquina. Iniciou falta de ar aos esforços e inchaço nas pernas, apresentando pressão arterial de 80 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 105 bpm morfologia pulso alternante e de pequena amplitude. Pressão venosa jugular elevada. Ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas com ritmo tríplex, bulha protodiastólica audível na ponta. Ausculta pulmonar com presença de estertores bibasais. ECG: ritmo sinusal taquicárdico. Bloqueio do ramo esquerdo do terceiro grau. Ecodopplercardiograma com aumento das câmaras esquerdas. Disfunção grave do ventrículo esquerdo com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 23%. Movimento assíncrono do septo interventricular. Derrame pericárdico moderado.

A correlação do quadro clínico ecocardiográfico sugere que a possível complicação cardiovascular dessa paciente é devido a:

- (A) miocardite viral;
- (B) miocardite séptica;
- (C) miopericardite lúpica;
- (D) cardiotoxicidade por hidroxiquina;
- (E) miocardite reumática associada ao quadro do lúpus.

9

Um paciente de 33 anos, admitido no SAMU, iniciou quadro de dor torácica 7+/10+, que piorava com o decúbito e com a respiração profunda. Relatou diarreia e febre há 7 dias. O exame físico estava normal. Foi realizado ECG revelando ritmo sinusal com supradesnivelamento do segmento ST de 3 mm, em DI, DII, DIII e aVL e aVF, associado com supradesnivelamento de V3 a V6 de 2,5 mm. Notou-se um infradesnivelamento do segmento ST de 2 mm, em aVR. Foram dosados o VHS-55mm e a proteína C, titulada ultrasensível elevada e troponina I normal. O ecocardiograma estava normal.

O quadro do paciente foi discutido entre o emergencista e o cardiologista por telemedicina, sendo a apresentação clínica mais provável associada a:

- (A) embolia pulmonar;
- (B) miopericardite bacteriana;
- (C) vasoespasma coronariano;
- (D) pericardite aguda presumidamente viral;
- (E) infarto agudo envolvendo tronco da artéria coronária esquerda.

10

Em uma paciente de 35 anos, portadora de estenose mitral reumática, foi detectada fibrilação atrial, revertida espontaneamente.

A melhor abordagem farmacológica para reduzir o risco de cardioembolismo é:

- (A) aspirina 100 mg, dose única via oral;
- (B) warfarina, ajustada pelo INR entre 2-3;
- (C) rivaroxabana 20 mg, via oral ao dia;
- (D) aspirina 100 mg e clopidogrel 75 mg, por via oral, 1 vez ao dia;
- (E) enoxaparina 1 mg/kg, por via subcutânea, a cada 12 horas, usada cronicamente.

11

Uma paciente hipertensa e portadora de ansiedade apresenta 3 glicemias de jejum, em dias diferentes, com valores de 110 mg%, 118 mg% e 105 mg%, e hemoglobina glicada de 5,0%, 6,3% e 5,8%.

É correto diagnosticar a presença de:

- (A) pré-diabetes;
- (B) diabetes tipo I;
- (C) diabetes tipo II;
- (D) normoglicemia;
- (E) hiperglicemia de estresse.

12

Uma mulher de 42 anos, obesa e hipertensa prévia, realizou fertilização in vitro – primeiro filho. No 8º mês, apresenta-se assintomática. Foram verificadas três medidas tensionais, com valores de 150 x 96 mmHg. Foram constatados ainda edema de membros inferiores de ++/4+, plaquetas de 120.000, TGO: 140 ui, TGP: 160 ui, creatinina: 1,1 mg%, e presença de hemácias crenadas na hematoscopia. No EAS, há presença de proteínas +++/4+.

A seguinte complicação pode estar presente:

- (A) síndrome HELLP;
- (B) glomerulopatia por IgA;
- (C) glomerulonefrite difusa aguda;
- (D) hipertensão maligna na gravidez;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

13

Uma paciente apresenta hipertensão prévia e deseja engravidar. O medicamento abaixo deve ser substituído para evitar danos ao embrião:

- (A) nifedipino;
- (B) amlodipina;
- (C) hidralazina;
- (D) enalapril;
- (E) alfametildopa.

14

Uma paciente que desenvolveu pré-eclâmpsia deve ser acompanhada, após a gravidez, em função do maior risco de desenvolver a seguinte condição clínica, futuramente:

- (A) gota;
- (B) mioma uterino;
- (C) pericardite aguda;
- (D) hipertensão arterial;
- (E) câncer de endométrio.

15

A menopausa promove alterações hormonais e desordens imunoinflamatórias que geram aumento de alterações cardiovasculares. Essas, por sua vez, podem ocasionar anormalidades na função endotelial na circulação.

Nesse contexto fisiopatológico, mulheres na menopausa podem apresentar:

- (A) angina microvascular;
- (B) surgimento de microfistulas coronarianas;
- (C) formação de microaneurismas no fundo do olho;
- (D) aumento da resposta vasodilatadora ao nitrato da artéria braquial;
- (E) aumento do remodelamento positivo das placas ateroscleróticas coronarianas.

16

Um paciente de 37 anos apresentou quadro de dor torácica, ventilatório-dependente, com ruído cardíaco trifásico melhor audível com a compressão do diafragma e inclinado para frente, porém com ECG normal, troponina cardíaca normal e elevação do PCR-T.

A orientação terapêutica recomendada inicialmente será o uso de:

- (A) azatioprina oral;
- (B) metotrexato oral;
- (C) corticosteroide oral;
- (D) AAS e colchicina oral;
- (E) dipirona regular e colchicina oral.

17

Um paciente de 46 anos, com queixa de desfalecimento e sudorese profusa, foi atendido na sala de emergência. Iniciou esquema tríptico para tratamento de tuberculose pulmonar. Relatou ser hipertenso, em uso de enalapril 20 mg ao dia, via oral, há 2 anos. O exame físico observou pressão arterial de 92 x 60 mmHg, na expiração, e 70 x 50 mmHg na inspiração, pulso arterial com 102 bpm, pressão venosa jugular de 6 cm, a 45 graus. Ausculta cardíaca revelou bulhas abafadas, e a ausculta pulmonar, pulmões limpos. ECG: ritmo sinusal com variação da amplitude da onda P, do QRS e da onda T. Lactato arterial estava elevado.

A mais provável hipótese diagnóstica do quadro clínico acima é de:

- (A) choque séptico;
- (B) pulmonale agudo;
- (C) choque cardiogênico;
- (D) pericardite constritiva;
- (E) tamponamento cardíaco.

18

A doença renal crônica produz anormalidades no balanço do fluido corpóreo e alterações na excreção de sódio e potássio, podendo ocasionar complicações frequentes, do ponto de vista cardiovascular.

Uma dessas complicações é(são):

- (A) endomiocardiofibrose;
- (B) síndrome de Takotsubo;
- (C) morte súbita de causa elétrica;
- (D) aneurismas inflamatórios das coronárias;
- (E) displasia arritmogênica do ventrículo esquerdo.

19

Um paciente masculino de 77 anos vem apresentando intolerância aos esforços e relata inchaço nas pernas. Teve ruptura espontânea do bíceps há 6 meses. Exame físico: pressão arterial 90 x 60 mmHg. Pressão venosa elevada. ECG: ritmo sinusal com baixa voltagem do QRS, área inativa nas derivações de V1-V4. As dosagens dos biomarcadores cardíaco (troponina e BNP) são elevadas. Coronariografia com artérias coronárias normais. Realizado ecodoppler cardiograma, observa-se aumento de espessura concêntrica do ventrículo esquerdo e leve aumento atrial esquerdo. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo é de 65%.

Após sua avaliação, o cardiologista informa que a principal suspeita diagnóstica é de:

- (A) hemocromatose;
- (B) doença de Pompe;
- (C) amiloidose cardíaca;
- (D) miocardiopatia chagásica;
- (E) miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva.

20

Um homem de 55 anos, natural da Paraíba, trabalhador rural, com queixa de desmaio e falta de ar, procura o posto de saúde para atendimento. Relata ser hipertenso e usar hidroclorotiazida. O exame físico apresenta pulso arterial de 47 bpm, no pulso venoso jugular, pressão venosa normal e presença de onda A, em "canhão". O ECG apresenta ritmo sinusal bradicárdico com PR de 0,40 ms, mas com QRS alargado com morfologia de bloqueio do ramo direito do terceiro grau. O ecocardiograma apresenta função cardíaca normal de ambos os ventrículos. Há presença de pequena área afilada com discinesia apical.

O próximo exame a ser solicitado para confirmar a etiologia do quadro clínico deve ser:

- (A) Holter de 24h;
- (B) cineangiocoronariografia;
- (C) angiotomografia coronariana;
- (D) sorologias para doença de Chagas;
- (E) ressonância cardíaca com gadolínio.

21

Uma mulher de 20 anos tem queixa de dor torácica anginosa aos esforços, iniciada há 2 meses. Relata dor articular nas pequenas articulações das extremidades e fenômeno de Raynaud em ambientes frios. Relata boca e olhos constantemente secos. Exame clínico: pressão arterial 150 x 100 mmHg. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco em três tempos, com bulha pré-sistólica na área tricúspide. A segunda bulha encontra-se mais hiperfonética na borda esternal direita, na altura do segundo espaço intercostal. No eletrocardiograma observa-se aumento da amplitude da onda P e um eixo elétrico a 150 graus. O paciente foi encaminhado para o reumatologista, que diagnosticou esclerose sistêmica e síndrome de Sjögren.

O quadro cardiovascular é mais provavelmente decorrente de acometimento da:

- (A) aorta torácica;
- (B) pericárdio visceral;
- (C) endocárdio valvar;
- (D) circulação arterial pulmonar;
- (E) disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.

22

No tratamento da insuficiência cardíaca do portador de amiloidose cardíaca, observa-se, com frequência, a presença de:

- (A) excelente resposta a digoxina;
- (B) hipercalemia com inibidores de mineralocorticoides;
- (C) desenvolvimento de hipotensão e intolerância aos vasodilatadores;
- (D) sangramento cerebral com anticoagulantes em portadores de fibrilação atrial;
- (E) marcada resposta de remodelamento reverso com betabloqueadores.

23

Análise do desempenho cardiopulmonar é fundamental para avaliar o mecanismo da intolerância aos esforços, determinar a resposta terapêutica e definir o prognóstico em diferentes cenários clínicos.

O método padrão áureo é o(a):

- (A) teste dos 6 minutos;
- (B) teste ergoespirométrico;
- (C) teste do "sentar e levantar";
- (D) ecocardiograma de esforço;
- (E) cintilografia radioisotópica no esforço.

24

A hipercolesterolemia familiar promove risco de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, morte súbita e acidente vascular cerebral prematuros.

Nesses pacientes, que não tiveram resposta à combinação de estatina de alta potência em dose máxima com ezetimiba, para promover maior redução dos níveis do LDL-colesterol, deverá ser introduzido o seguinte medicamento(a):

- (A) niacina;
- (B) inclisiran;
- (C) colestipol;
- (D) semaglutida;
- (E) ácido ômega.

25

No paciente diabético, o emprego de medicamentos hipoglicemiantes deve idealmente promover a redução do risco de eventos cardiovasculares.

Os seguintes fármacos promovem esses benefícios:

- (A) acarbose e glicazida;
- (B) pioglitazona e acarbose;
- (C) pioglitazona e semaglutida;
- (D) inibidor SGLT-2 e glibenclamida;
- (E) inibidores SGLT-2 e semaglutida.

26

A infecção aguda pelo covid-19, pode cursar, na fase aguda, com diferentes complicações cardiovasculares.

A complicação mais frequente, observada nos pacientes internados nas unidades de cuidados intensivos, é:

- (A) pericardite;
- (B) endocardite infecciosa;
- (C) infarto agudo do miocárdio;
- (D) miocardite viral decorrente de coinfeção do adenovírus;
- (E) injúria miocárdica com liberação de troponinas cardíacas.

27

Uma paciente de 25 anos apresentou o quadro de covid-19 há 4 meses. Vem cursando com mal-estar na posição ortostática e palpitação. Exame físico: normal. Observou-se pressão arterial de 110 x 70 mmHg, deitada, com frequência cardíaca de 65 bpm; imediatamente ao se levantar, após 10 minutos, na posição ortostática, a pressão esteve inalterada e a frequência cardíaca foi de 134 bpm. A paciente se queixava de mal-estar. Hemograma completo e bioquímica normais.

Ao consultar o cardiologista, ela foi diagnosticada com uma possível manifestação de covid denominada:

- (A) feocromocitoma;
- (B) síncope vasovagal;
- (C) hipotensão ortostática;
- (D) astenia neurocirculatória;
- (E) POTS (síndrome de taquicardia inapropriada na posição ortostática).

28

Uma mulher, em tratamento para neoplasia do tubo digestório, apresenta, durante infusão do medicamento quimioterápico, forte dor torácica, em aperto. Foi solicitada a realização do ECG, que revelou ritmo sinusal e presença do supradesnivelamento do segmento ST de 4 mm. Foi medicada com isordil e submetida a coronariografia, que demonstrou coronárias normais e contratilidade global e segmentar sem anormalidades. A troponina foi normal.

A condição acima pode ser mais bem explicada pela presença de:

- (A) miocardite aguda;
- (B) síndrome de Takotsubo;
- (C) microembolia pulmonar;
- (D) vasoespasmo coronariano;
- (E) pericardite induzida por quimioterápico.

29

Um jovem atleta desfalece durante uma queda num salto de equitação. Acionados, os socorristas diagnosticaram parada cardíaca e trauma nas costelas. O traçado eletrocardiográfico mostrava ondas P, QRS e ondas T normais. Porém, não se identificava pulso carotídeo.

Dado esse modelo de traçado, a causa mais provável da parada cardíaca é:

- (A) hipotermia;
- (B) *commotio cordis*;
- (C) infarto do miocárdio;
- (D) embolia pulmonar maciça;
- (E) pneumotórax hipertensivo.

30

Um paciente de 14 anos, assintomático, foi submetido, ao nascer, a cirurgia cardíaca para fechamento de uma comunicação interventricular utilizando um *patch* de pericárdio bovino. Na consulta, o cardiologista observou um sopro sistólico na região paraesternal esquerda de 5+/6+ em faixa e identificou pequena comunicação perimembranosa.

Agora, o paciente precisa extrair dois dentes inclusos, e a mãe pediu liberação do cardiologista.

O cardiologista decidiu:

- (A) não haver necessidade de antibiótico profilático;
- (B) prescrever eritromicina 1 grama, via oral, 1h antes do procedimento;
- (C) prescrever penicilina benzatina 1.200.000 unidades, intramuscular, dose única, 1h antes do procedimento;
- (D) prescrever amoxicilina 2 gramas, em dose única, 1h antes do procedimento odontológico;
- (E) prescrever ampicilina 2 gramas, por via oral, 1h antes do procedimento, e repetir após 6h.

31

Um paciente de 75 anos, com amiloidose cardíaca sintomática, foi avaliado e identificado como portador de uma forma *wild-type*, anteriormente denominada como forma senil, com fenótipo de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

O tratamento com um fármaco estabilizador do tetrâmero da transtirretina busca:

- (A) apenas reduzir a incidência de morte súbita;
- (B) reduzir risco de bloqueio atrioventricular total;
- (C) diminuir a evolução da aterosclerose coronária;
- (D) melhorar risco de morte por fenômenos cardioembólicos;
- (E) reduzir as hospitalizações e a mortalidade.

32

Um paciente de 83 anos, assintomático, hipertenso e diabético, em uso de diurético tiazídico, bloqueador do receptor de angiotensina II, betabloqueador, antagonista do cálcio e antagonista do receptor de mineralocorticoide, apresenta pressão arterial de 170 x 90 mmHg, em três ocasiões diferentes, e níveis confirmados pela monitoração domiciliar da pressão arterial. Fundoscopia, creatinina e hemograma estão sem anormalidades.

Diante desse quadro, o clínico diagnosticou a presença de hipertensão:

- (A) maligna;
- (B) resistente;
- (C) mascarada;
- (D) do jaleco branco;
- (E) sistólica do idoso.

33

Um paciente de 45 anos, assintomático, sem tratamento prévio para hipertensão, é obeso e diabético. A avaliação da pressão arterial foi de 175 x 115 mmHg. O ECG apresentou hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Considerando o cenário clínico, o médico de família introduziu uma combinação terapêutica mais eficaz na redução de lesões de órgãos alvos e de eventos cardiovasculares.

Essa combinação é composta por:

- (A) atenolol e clonidina;
- (B) atenolol e hidroclorotiazida;
- (C) alfametildopa e hidroclorotiazida;
- (D) antagonista do receptor de angiotensina II e amlodipina;
- (E) antagonista de mineralocorticoide e antagonista do cálcio.

34

O uso da cafeína interfere com exames cardíacos que promovem alteração da perfusão cardíaca através do aumento de adenosina, levando ao aumento do fluxo coronariano e promovendo "roubo" coronário.

Uma paciente estava agendada para o exame e tinha tomado café; portanto, será adiado o seu exame de:

- (A) cineangiogramia;
- (B) angiogramia coronária;
- (C) cintilografia coronária com dipiridamol;
- (D) ressonância cardíaca de repouso com gadolínio;
- (E) ecocardiograma com estresse com dobutamina.

35

A síncope é uma importante causa para a visita à sala de emergência, e a presença de marcadores clínicos e eletrocardiográficos nos permite suspeitar de síncope de causas cardiogênicas.

A condição que sugere a causa cardiogênica é a(o):

- (A) síncope durante a micção;
- (B) síncope durante doação de sangue;
- (C) presença de hipotensão ortostática;
- (D) ECG normal com bradicardia sinusal de 55 bpm;
- (E) sopro sistólico na borda esternal esquerda, que se intensifica com manobra de Valsalva e pulso arterial digitiforme.

36

Uma paciente de 65 anos, portadora de DPOC, está com dor precordial intensa, em aperto. Na emergência, cursa com redução do nível de consciência, pressão arterial de 80 X 50 mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm, pulmões limpos e pressão venosa jugular elevada. A ausculta cardíaca revela bulhas hipofonéticas. ECG: ritmo sinusal com infradesnivelamento do segmento ST de 3 mm, em V1, V2 e V3 e supradesnivelamento de 2 mm nas derivações V3R, V4R, V5R.

O médico emergencista identificou um possível acometimento parietal ventricular, responsável pelo seguinte distúrbio hemodinâmico:

- (A) infarto atrial;
- (B) infarto do músculo papilar;
- (C) infarto da parede anterior extenso;
- (D) infarto do ventrículo direito;
- (E) infarto da parede septal com perfuração do septo.

37

Uma paciente de 35 anos apresentou quadro de forte dispneia aguda com duração de 15 minutos, após estresse psicoemocional. Tinha retornado de viagem de ônibus que durou 90 minutos e apresentava edema dos membros inferiores +/- bilateral e indolor. Apenas usava, como medicamento, anticoncepcional oral. Exame físico: pressão arterial 120 X 80 mmHg, pulso arterial 70 bpm, pulso-oximetria e ECG normais.

O emergencista ordenou o seguinte exame para afastar o diagnóstico de embolia pulmonar:

- (A) ecodoppler cardiografia;
- (B) gasometria arterial com lactato;
- (C) dosagem do D-dímero no sangue;
- (D) angiogramografia das artérias pulmonares;
- (E) cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.

38

Para uma pessoa com HIV, em tratamento com antirretroviral com contagem normal de CD-4 e carga viral negativa, o acompanhamento cardiológico deve estar direcionado para a prevenção de:

- (A) fibrilação atrial;
- (B) embolia pulmonar;
- (C) miocardite fulminante;
- (D) miocardiopatia dilatada;
- (E) doença aterosclerótica cardiovascular.

39

A reposição de vitaminas no cardiopata deve seguir recomendações embasadas em evidências científicas, conforme a indicação a seguir:

- (A) iniciar vitamina C para prevenir aterosclerose;
- (B) utilizar vitamina B1 no portador de beribéri cardíaco;
- (C) usar vitamina E como prevenção de infarto do miocárdio;
- (D) fazer uso de vitamina D no paciente com síndrome metabólica prevenindo diabetes;
- (E) começar vitamina A no portador de amiloidose cardíaca, evitando progressão dos depósitos de amiloide.

40

A evidência de congestão é um elemento importante para o diagnóstico e para definir a estratégia do emprego de diuréticos na síndrome de insuficiência cardíaca.

O marcador cuja presença sugere congestão em paciente com suspeita de insuficiência cardíaca é:

- (A) aumento de troponina cardíaca;
- (B) aumento atrial direito no ecocardiograma;
- (C) elevação da creatinina plasmática acima de 1,5mg/dL;
- (D) aumento das transaminases hepáticas, acima de 4 vezes o valor de referência;
- (E) veia cava inferior acima de 2,1 cm e com variação respiratória menor que 50% no ultrassom.

Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçõzinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

42

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

43

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

44

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatria;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pondo-estatural.

45

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

46

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

47

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

48

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

49

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de “tamanco holandês”.

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

50

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

51

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

52

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

53

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

54

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingestão de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

55

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular (“olhos vermelhos”) com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

56

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

57

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

58

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

59

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

60

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

61

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

62

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

63

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematuria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

64

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitanes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

65

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

66

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

67

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

68

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

69

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

70

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

71

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrolo de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

72

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

73

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

74

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

75

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

76

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

77

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

78

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

79

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

80

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

